

Interim Assistance Reimbursement Authorization  
(ကြားဖြတ်အကူအညီ ရန်ပုံငွေ ခွင့်ပြုချက်)

ဝန်ဆောင်မှုရယူသူ အမည်	လူမှုမှုလုံခြုံရေးနံပါတ်	ဝန်ဆောင်မှုရယူသူ ID နံပါတ်	တယ်လီဖုန်း နံပါတ်
လမ်းလိပ်စာ	မြို့	ပြည်နယ်	စာပို့ကုဒ်
စာတိုက်လိပ်စာ	မြို့	ပြည်နယ်	စာပို့ကုဒ်

ပြည်နယ်ဆိုသည်မှာ Washington State Department of Social and Health Services (Washington ပြည်နယ် လူမှုရေးနှင့် ကျန်းမာရေး ဝန်ဆောင်မှုများဌာန) ကို ဆိုလိုသည်။ ကျွန်ုပ်၊ ကျွန်ုပ်၏နှင့် ကျွန်ုပ်က ဆိုသည်မှာ အထက်ဖော်ပြပါ ဝန်ဆောင်မှုရယူသူကို ဆိုလိုသည်။ SSA ဆိုသည်မှာ Social Security Administration (လူမှုမှုလုံခြုံရေး စီမံခန့်ခွဲမှု) ကို ဆိုလိုသည်။ SSI ဆိုသည်မှာ ဖက်ဒရယ် ဝင်ငွေဖြည့်စွက် အစီအစဉ်တစ်ခုဖြစ်သည့် လူမှုမှုလုံခြုံရေး ဖြည့်စွက်မှုလုံခြုံရေးဝင်ငွေကို ဆိုလိုသည်။ ကြားဖြတ်အကူအညီ ဆိုသည်မှာ ပြည်နယ်ရန်ပုံငွေဖြင့် အလုံးစုံထောက်ပံ့ပြီး နောက်ပိုင်းတွင် ကနဦး သို့မဟုတ် ပြန်လည်ပေးအပ်သော SSI ပေးချေမှုဖြင့် ပွားယူခံရမည် ဖြစ်သည့် လူနာ၏အခြေခံလိုအပ်ချက်များ ပြည့်မီစေရန်အတွက် လူနာထံဖြစ်စေ လူနာ၏ ကိုယ်စားလှယ်ထံဖြစ်စေ ပြည်နယ်မှပေးအပ်သော ငွေသားပေးချေမှုကို ဆိုလိုသည်။ ဤဖောင်ကိုလက်မှတ်ထိုးခြင်းဖြင့် မည်သည်တို့ကို ကျွန်ုပ်ခွင့်ပြုချက်ပေးသနည်း။

ကျွန်ုပ်သည် SSI ပေးချေမှုများရယူရန် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီသည်ဟု တွေ့ရှိပါက SSA ကော်မရှင်နာအား ကျွန်ုပ်၏ နောက်ကြောင်းပြန်သက်ရောက်သော SSI ပေးချေမှုများမှ ကျွန်ုပ်ရရှိသည့် ပြည်နယ်၏ အများပြည်သူထံပေးသော အကူအညီ၏ ပမာဏနှင့်ညီမျှသည့် ပမာဏတစ်ခုအထိ ပြည်နယ်သို့ထုတ်ပေးရန် ကျွန်ုပ် သိရှိနားလည်၍ ခွင့်ပြုချက်ပေးပါသည်။

**ပြည်နယ်သည် ဤဖောင်ကို ကျွန်ုပ် လက်မှတ်ထိုးမည့်မနေရ ထိုးရမည်ဟု အာဏာရှိပါသလား။**

ရှိပါသည်။ ဤခွင့်ပြုချက်ကို လက်မှတ်ထိုးခြင်းသည် WAC 388-400-0060 နှင့် RCW 74.62.030 အရ ပြည်နယ်ရန်ပုံငွေ အကူအညီများအတွက် သတ်မှတ်ချက် ပြည့်မီရန် လိုအပ်ချက်တစ်ခုဖြစ်သည်။ ဤခွင့်ပြုချက်ကို လက်မှတ်ထိုးရန် ကျွန်ုပ်ပြင်ဆင်သည့် ပြည်နယ်၏ အများပြည်သူထံပေးသော အကူအညီကို ကျွန်ုပ်မရရှိနိုင်ပါ။

**SSA က နောက်ကြောင်းပြန်ပေးချေမှု အပြည့်ကို ကျွန်ုပ်ထံပေးလျှင် မည်သို့လုပ်ရမည်နည်း။**

ကျွန်ုပ်သည် ပြည်နယ်၏ အများပြည်သူထံပေးသော အကူအညီနှင့် SSI အကျိုးခံစားခွင့်များကို တစ်ပြိုင်တည်းမရရှိနိုင်ကြောင်း သိရှိပါသည်။ SSI အတွက် အတည်ပြုပေးသည့်အခါ ပြည်နယ်၏ အများပြည်သူထံပေးသော အကူအညီသည် ကျွန်ုပ်၏ကြွေးမြီဖြစ်လာမည်ဖြစ်ပြီး ပြန်လည်ပေးအပ်ရမည်ဖြစ်ကြောင်း သိရှိပါသည်။ ပြည်နယ်သို့ပြန်ပေးရာတွင် လျော့မပေးသည့် SSI နောက်ကြောင်းပြန်ပေးချေမှုများကို ကျွန်ုပ်ရရှိသည့်အခါ 1-800-562-6114 တွင် Financial Recovery ရုံးခန်းသို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပြီး ၎င်းတို့၏ ကြွေးမြီပြန်လည်ပေးဆပ်ခြင်းဆိုင်ရာ လမ်းညွှန်ချက်များကို လိုက်နာပါမည်။

**ဤခွင့်ပြုချက်က မည်သည့်အချိန်အထိ သက်ရောက်သနည်း။**

ဤခွင့်ပြုချက်ကို ကျွန်ုပ် လက်မှတ်ထိုးရမည်ဖြစ်ပြီး ပြည်နယ်ကိုယ်စားလှယ်တစ်ဦးက အတည်ပြုရမည်။ ၎င်းသည် ပြည်နယ်က လက်ခံရရှိ၍ ထိုအချိန်တွင် SSI အတွက် ဖိုင်တွဲရန် ကျွန်ုပ်သဘောတူသည့် ရက်စွဲမှစ၍ ပြက္ခဒိန်နှစ်တစ်နှစ် သက်တမ်းရှိပြီး ပြည်နယ်နှင့် ကျွန်ုပ်ကို တာဝန်ခံစေသည်။

SSI လျှောက်လွှာ ကို ဖိုင်တွဲလိုက်သည့်အခါ ဤခွင့်ပြုချက် သည် အောက်ပါတို့မတိုင်မီအထိသက်ရောက်အသက်ဝင်သည်-

- ကျွန်ုပ်၏ ပထမဆုံး SSI ပေးချေမှု ရရှိသည့်အခါ သို့မဟုတ်
- စိစစ်ရန် သို့မဟုတ် အုပ်ချုပ်ရေးပိုင်းသို့ အယူခံ မတင်သွင်းသည့်အခါနှင့် ဖိုင်အတွက်ပေးထားသော အများဆုံးအချိန် ပြည့်သွားသည့်အခါ သို့မဟုတ်
- ပြည်နယ်နှင့် ကျွန်ုပ်တို့က ဤခွင့်ပြုချက်ကို အဆုံးသတ်ရန် သဘောတူသည့်အခါ။

**ပြည်နယ်သည် ဤခွင့်ပြုချက်ကို ကျွန်ုပ်လက်မှတ်ထိုးသည့်နေ့မှစ၍ ရက်ပေါင်း 30 အတွင်း SSA ကို အသိပေးသည့်အခါ ဤခွင့်ပြုချက်အတွက် ကျွန်ုပ်တွင်တာဝန်မရှိစေရ။**

**ဤခွင့်ပြုချက်ကို SSI အကျိုးခံစားခွင့်များ လျှောက်ထားမှုအတွက် အကာအကွယ်တစ်ခုအဖြစ် သုံးနိုင်ပါသလား။**

သုံးနိုင်သည်။ SSI လျှောက်လွှာတစ်စောင်ကို ကျွန်ုပ်မတင်သွင်းထားသည့်အခါ SSA သည် ဤဖောင်ကို လက်ခံရမည်ဖြစ်ပြီး ဤခွင့်ပြုချက်ကို ကျွန်ုပ်လက်မှတ်ထိုးသည့်ရက်စွဲမှစ၍ ရက်ပေါင်း 60 အတွင်း ကျွန်ုပ် SSI လျှောက်လျှင် ဤခွင့်ပြုချက်ကို လက်မှတ်ထိုးသည့်ရက်စွဲအား ကျွန်ုပ် SSI လျှောက်သည့်ရက်စွဲအဖြစ် အသုံးပြုရမည်။ ရက်ပေါင်း 60 အတွင်း ကျွန်ုပ် SSI မလျှောက်လျှင် ဤခွင့်ပြုချက်သည် ကျွန်ုပ်၏ SSI လျှောက်သည့်ရက်စွဲကို အကာအကွယ်မပေးတော့ပါ။

**ဤခွင့်ပြုချက်နှင့်ပတ်သက်၍ ပြည်နယ်မှ အရေးယူဆောင်ရွက်မှုတစ်ခုကို ကျွန်ုပ်သဘောမတူလျှင် အုပ်ချုပ်ရေးဆိုင်ရာ ကြားနာမှုတစ်ခု လုပ်ဆောင်နိုင်ခွင့် ကျွန်ုပ်တွင်ရှိသည်။**

ဝန်ဆောင်မှုရယူသူ၏ လက်မှတ်	ရက်စွဲ
DSHS ကိုယ်စားလှယ်၏ လက်မှတ်	DSHS မှ လက်ခံရရှိသည့် ရက်စွဲ

